

## Le gestionnaire de cas et les droits des malades

---

Jean WILS

Chargé des relations avec les usagers et les associations

Direction Qualité, Gestion des Risques et Relations avec les Usagers  
Hôpital Saint-Antoine  
Hôpitaux Universitaires Est Parisien

---

DIU - Université Rennes 2 - Coordinateur de santé en gériatrie - 2015

## L'expérience des droits...

---

« Vers 16 h 30 - 17 h, j'ai demandé à avoir un bassin car j'avais besoin d'uriner, problème qui se compliquait car en raison d'une forte toux je ne pouvais me retenir. Mon mari a reformulé la demande à deux reprises, en vain : où est la dignité du patient affichée sur la pancarte se trouvant en face de moi. J'ai donc tenté de me lever pour me rendre aux toilettes et ai été victime d'un second malaise... »

---

## L'émergence des droits des usagers

---

- Procès de Nuremberg : condamnation des expérimentations nazies
  - 28 janvier 1942 : arrêt Teyssier : l'arrêt de la Cour de Cassation soulignait que l'obligation de recueillir le consentement du patient est "*imposée par le respect de la personne humaine*" et a retenu la responsabilité d'un médecin qui n'avait averti son patient ni de la nature exacte de l'opération qu'il allait subir et de ses conséquences, ni du choix qu'il avait entre deux méthodes curatives.
  - Droits à la santé : sécurité sociale, constitution de 1946
- 

## L'émergence des droits des usagers

---

- 1<sup>ère</sup> charte du malade hospitalisé (1974) > 1995 > 2006
  - 30 ans de plans d'humanisation des hôpitaux (1960-1990)
    - salle commune > chambre individuelle
    - commodités modernes
    - autonomisation du malade (livrets d'accueil, QDS...)
  - Technicisation de la médecine, mort de la clinique, expertise médicale, dépersonnalisation, gigantisme et anonymat
  - Amélioration de la sécurité et diminution des risques > normes et réglementations, outil juridique
-

## L'émergence des droits des usagers

---

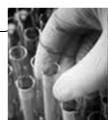
- Les relations médecin-malade sont encadrées par un dispositif réglementaire :
    - Loi de protection des personnes dans la recherche bio-médicale (loi Huriet-Sérusclat, 1988)
    - Loi de protection des personnes atteintes de troubles mentaux (1990)
    - Loi contre les discriminations en matière de santé (1990)
    - Réforme hospitalière de 1991 : libre choix médecin et établissement, communication dossier médical
    - RMO : références médicales opposables (1993)
    - Lois de bioéthique (respect du corps humain, prélèvement 1994)
    - Loi contre les exclusions et pour l'accès aux soins (PASS 1998)
    - Accès aux soins palliatifs (loi du 9 juin 1999)
    - CMU (loi du 27 juillet 1999)
    - IVG (lois du 17 janvier 1975 (Veil), 1982 (Roudy), 1993 (Neiertz), du 4 juillet 2001 – Suite au rapport Nisand)
    - Loi du 4 mars 2002
    - Loi du 22 avril 2005 (fin de vie)
    - Loi HPST du 21 juillet 2009
- 

## L'émergence des droits des usagers

---

- Contexte juridique et modalités de la réparation des accidents médicaux
  - Juridique : « Arrêt Hédreul » (Cour de Cassation, 25/02/97)
    - Renversement de la charge de la preuve
    - Recours possible pour défaut d'information
    - Rééquilibrage de la relation médecin-malade
  - De la Loi Huriet à la loi du 4 mars 2002
    - réticence des professionnels à établir l'origine des préjudices
    - Difficultés d'accès au dossier médical
    - Opacités des procédures
    - Durée et coût des actions en justice
    - Modalités controversées de l'expertise médicale
-

## Une histoire de la relation avec les usagers...



- Relations médecin/malade: technicité/objectivité – expérience/subjectivité
- Scandales sanitaires
- Crise identitaire des professionnels
- SIDA
- Limite de la médecine curative
- Evolution de la jurisprudence, droits des usagers
- Fin du monopole médical sur la santé



## Des malades plus actifs

- Chronicité de la maladie : « nouveaux » malades qui connaissent le système
- Développement d'une expertise profane
- Guérison improbable mais qualité de vie souhaitée
- Une demande de soins diversifiée qui relativise la place du médecin



## L'émergence des associations de malades

- Les années 1900-1950 : les ligues, les associations caritatives : un modèle de délégation aux experts scientifiques
- 1950 : Vivre ensemble avec les maladies chroniques : un modèle de négociation avec le corps médical
- 1980 : infléchir les décisions et revendiquer un savoir profane :  
« l'activisme thérapeutique » (J. Barbot)



## Une visibilité sociale

- Une visibilité sociale et politique des associations : vers la participation dans les organismes sanitaires, la représentation politique (ARS, CRSA) et institutionnelle (CS, CRUQPC)
- Des associations qui se rassemblent et se structurent : création du CISS en 1996



## Les origines de la participation institutionnelle

---

- Représentation collective durant les années 70-90: quelques tentatives de réflexion et de participation
    - Loi hospitalière du 31 décembre 1970
    - Comité des usagers du ministère de la Santé 75-77
    - Rapport IGAS 1981-1982 fait le constat d'une insuffisance de la représentation des usagers
    - Expérience de rencontres informelles entre associations de consommateurs et établissements (7) 85-86.
    - Loi hospitalière du 31 juillet 1991
    - Décret du 31 décembre 1991
- 

## Les origines de la participation institutionnelle

---

- Les ordonnances du 24 avril 1996 (Juppé)
    - Comportent des mesures concernant les droits des malades:
      - Réalisation auprès des patients, d'enquêtes d'évaluation régulières de leur satisfaction qui seront prises en compte dans l'accréditation.
      - Remise obligatoire d'un livret d'accueil auquel sera annexée la Charte du patient hospitalisé réactualisée en 1995.
    - Innovent sur les droits collectifs
      - Par la présence de deux représentants des usagers au sein des conseils d'administration des établissements publics de santé.
      - Par la création d'une commission de conciliation au sein de chaque établissement de santé.
    - Créent des espaces de débats entre les différents acteurs : Conférence nationale de la santé et les conférences régionales de santé.
-

## Les Etats Généraux de la santé

- 1998 : Sortir du débat de confrontations d'experts, tester des méthodes de participation et de démocratie directe
- Un forum citoyen par région, des dizaines de réunions dans l'ensemble de la France, 100 à 150.000 personnes qui se sont exprimées
- Les sujets qui ont mobilisé le public
  - accéder aux soins,
  - douleurs et soins palliatifs,
  - le droit de vieillir,
  - jeunes et santé.

## Les préoccupations des citoyens

- Les préoccupations les plus fortes
  - L'information en santé
  - La dimension relationnelle de la prise en charge médicale
  - La coordination entre les différents intervenants du soin
  - La prévention



## Vers l'affirmation législative des droits des usagers

---

- Le rapport Caniard
    - préconise le développement de la représentation des usagers au sein de toutes les instances abordant des sujets qui pourraient les intéresser.
    - prévoit un agrément des associations ayant pour objet la défense des intérêts des usagers.
    - prévoit l'élaboration d'un statut du représentant.
    - fait un bilan de la commission de conciliation et pose les fondations de la CRUQPC (loi du 4 mars 2002)
- 

## Loi du 4 mars 2002

---

- Première partie : Protection générale de la santé
    - Livre premier : Protection des personnes en matière de santé
      - Titre 1 : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé
      - Chapitre préliminaire : Droits de la personne
      - Chapitre 1er : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté – section 1 (Principes généraux) – 2 (fin de vie) – 3 (DMP)
      - Chapitre 2 : Personnes accueillies dans les établissements de santé
      - Chapitre 3 Responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies
      - Chapitre 4 : participation des usagers au fonctionnement du système de santé
      - Chapitre 5 : dispositions pénales
-



## Loi du 4 mars 2002

---

- Titre II : Recherche biomédicale
  - Titre III : Examen des caractéristiques génétiques, identification génétique et recherche génétique
  - Titre III bis : Neurosciences et imagerie cérébrale
  - Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires
  - Titre V : Prévention des risques liés à certaines activités diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques
  - Titre VI : Education thérapeutique du patient
  - Titre VII : Prévention des facteurs de risque pour la santé
- 

---

***L'information des patients est-elle un droit ?***

***Sur quoi porte l'information ?***

***Qui doit informer ?***

***Quand et comment ? orale ? écrite ?***

***Doit-on prouver l'information ?***

***Peut-on ne pas informer ?***

---

### **Information des usagers et expression de leur volonté**

---

- « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » (L. 1111-2)
    - Sur les différentes investigations, traitements, actions de prévention, leur utilité, urgence et conséquences
    - Sur les « risques fréquents ou graves, normalement prévisibles », les autres solutions et les conséquences en cas de refus.
    - Information si de nouveaux risques sont identifiés
- 

### **INFORMATION DU PATIENT**

---

- Que veut dire informer ?
  - L'information est un droit***
  - Pourquoi informer ? : pour permettre la prise de décision sur sa santé > consentement
  - Qui informe ? : tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles (L.1111-2 à 6)
  - Sur quoi doit porter l'information ? : Elle concerne tout ce qui a trait à sa prise en charge que ce soit médical, paramédical, médico-technique et administratif
  - Information à la demande des usagers sur les frais de prise en charge (secteur public et privé)
  - Obligation d'information sur les coûts et les conditions de remboursement par les professionnels libéraux du public et du privé et les dépassements d'honoraires (devis et affichage)
-

## INFORMATION DU PATIENT

---

- Quand doit-on informer ? : à tout moment de la chaîne de soin
  - Comment informer ? : oralement - information claire, loyale et approprié, lors d'un entretien individuel (L.1111-2)
  - L'information écrite est obligatoire pour :
    - Recherche biomédicale, prélèvements, IVG, Chir. Esthétique, AMP, diagnostic pré-natal, transfusion sanguine.
  - Qui doit être informé ? : le patient (mais s'il le souhaite), suivant la situation : les proches, le tuteur si incapable majeur, les parents et bien sûr le jeune pour les mineurs, en fonction de son degré de maturité.
  - Qualité de l'information ? Hiérarchisée, validée, compréhensible (cf recommandations de l'HAS)
- 

## INFORMATION DU PATIENT

---

- Qui doit prouver l'information ? : le médecin et de façon générale, le professionnel (L.1111-2)
  - Comment prouver l'information ? : « *Cette preuve peut être apportée par tout moyen* » - par sa traçabilité dans le dossier du patient, par la communication de documents, par la signature du patient.
  - Peut-on ne pas informer ? : en cas d'urgence, d'impossibilité d'informer ou de refus du patient.
  - Le refus d'information à respecter sauf si risques de transmission à des tiers
-

## Partage de l'information

---

- « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. » (L1110-4)
- 

## **Information des usagers et expression de leur volonté**

---

- « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » (L. 1111-4)
  - « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables » (L. 1111-4) Faire appel à un autre médecin et patient qui doit réitérer sa décision après un délai raisonnable
  - Le refus de soin doit être inscrit dans le dossier médical.
-

**Information des usagers et expression de leur volonté**  
(L. 1111-4)

---

- Consentement** : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »
  - « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale (CDM) et sans que la personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.»  
« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre »
- 

**Information des usagers et expression de leur volonté**

---

- Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Si le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables (L. 1111-4)
  - Possibilité pour le médecin de se dispenser de l'autorisation de l'autorité parentale si demande expresse du mineur. Mais en s'efforçant d'obtenir le consentement, sinon respect de l'opposition du mineur qui doit se faire accompagner d'un majeur de son choix. (L.1111-5)
-

**Information des usagers et expression de leur volonté**  
**PERSONNE DE CONFIANCE**

---

- « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. ... Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement (L.1111-6)
  
  - Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.
- 

---

***Que contient le dossier du patient ?***  
***A qui appartient-il ?***  
***Qui peut le demander ?***  
***Qui le communique ?***  
***Comment le communiquer ?***

---

## Le dossier de soins

---

### Textes

- Loi du 4 mars 2002 - Art 1111-7
  - Décret du 29 avril 2002
  - Arrêté du 5 mars 2004 homologuant les recommandations de l'ANAES
  - Arrêt du Conseil d'Etat : 26 septembre 2005
  - Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006
- 

### **Loi du 4 mars 2002 – Démocratie sanitaire** **Information des usagers et expression de leur volonté** **(L. 1111-7) > le dossier du patient**

---

- Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment
    - des résultats d'examen,
    - comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation,
 des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre,
    - feuilles de surveillance,
    - correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.
-

**Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006**

**Accès aux informations de santé  
à caractère personnel**

- 
- Principe général de l'accès au dossier (R1111-1)
    - L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnées à l'article L. 1111-7 et détenues par un professionnel de santé, un établissement de santé ou un hébergeur agréé en application de l'article L. 1111-8, **est demandé par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, le tuteur ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire, [à son mandataire]**
  
  - A qui demander son dossier ?
    - La demande est adressée au professionnel de santé ou à l'hébergeur et, dans le cas d'un établissement de santé, au responsable de cet établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet et dont le nom est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés (R1111-2)
- 

**Communication du dossier du patient**

---

**Communication du dossier aux praticiens (R1112-4)**

- Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du **dossier**, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès
  
  - Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.  
En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade.
-



**Information des usagers et expression de leur volonté**  
**Communication du dossier au patient**

---

- Comment accéder à son dossier ?
    - Accès direct ou par l'intermédiaire d'un médecin, d'un mandataire
  - Délai ? (L1111-7)
    - Dans un délai de 8 jours après un délai de réflexion de 48 h, à la date de la réception de la demande
    - Délai de 2 mois si les informations datent de plus de 5 ans, à compter de la date à laquelle l'information a été constituée.
  - Présence d'une tierce personne recommandée lorsque les informations font courir un risque à la personne
  - Si HDT ou HO consultation peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur : avis de la CDHP
- 

**Information des usagers et expression de leur volonté**  
**Communication du dossier au patient**

---

- Si patient mineur : consultation par les détenteurs de l'autorité parentale.
  - Consultation sur place gratuite.
  - Si délivrance de copies, les frais sont à la charge du demandeur sans qu'ils excèdent le coût de la reproduction et de l'envoi des documents.
  - Dépôt possible des données auprès d'hébergeur avec accord de la personne concernée
-

**Accès aux informations de santé à caractère personnel  
(Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006)**

**Conditions d'accès au dossier du patient** (R1111-1 à 2)

---

- Avant toute communication, le destinataire de la demande s'assure de l'identité du demandeur et s'informe, le cas échéant, de la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire (R1111-1)
  - A son choix, le demandeur obtient du professionnel de santé, de l'établissement de santé ou de l'hébergeur communication des informations demandées, soit par consultation sur place, avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies des documents (R1111-2)
  - Dans le cas où les informations demandées sont détenues par un établissement de santé et si les dispositifs techniques de l'établissement le permettent, le demandeur peut également consulter par voie électronique tout ou partie des informations en cause( R1111-2)
- 

**Accès aux informations de santé à caractère personnel  
Accès au dossier du patient décédé**

---

- Le principe : les documents médicaux ne sont pas communicables à des tiers (y compris famille) sauf au mandataire désigné formellement par le patient
  - Droit d'accès des ayants droit (L1110-4)
    - Si DC patient
    - Si le patient ne s'y est pas opposé de son vivant
    - Le motif de connaissance du dossier doit être précisé :
      - connaître les causes du DC,
      - défendre la mémoire du défunt,
      - faire valoir ses droits
-

**Dossier patient****Qui est propriétaire ?**

---

- Le patient est propriétaire des informations contenues dans le dossier
  - Le dossier médical hospitalier est un document administratif
  - L'établissement de santé est le dépositaire du dossier
  - Considéré comme une archive publique hospitalière : sécurité de conservation
- 

**Dossier patient – Conservation**

---

- Arrêté du 11 mars 1968** définit les délais de conservation :
  - > avant cette date : durée de conservation aléatoire
  - Décret du 4 janvier 2006** (mis en place 1/01/07)
  - Registres d'entrées et de sortie : indéfiniment
  - Dossiers médicaux : 20 ans**
  - Documents services sociaux : 70 ans
  - Dossiers et livres de laboratoire : 20 ans (nominatifs 5 ans – Arrêté 26/11/99 GBEA)
  - Dossiers de transfusion sanguine : 20 ans
  - Sécurité transfusionnelle : 40 ans (Arrêté du 4/08/94)
  - PV d'autopsie : 20 ans
  - Etat des préparations pharmaceutiques : 20 ans
  - Bons de médicaments, produits chimiques, toxiques : 10 ans
  - Autorisation d'opérer les mineurs : 5 ans
  - Autorisation d'autopsie et de prélèvement d'organes : 5 ans
  - Livres de blocs opératoires : aucun délai de fixé
  - Expertises psychiatriques : 70 ans
-

**Accès aux informations de santé à caractère personnel**  
**Conservation du dossier du patient** (R1112-7)

---

- Le dossier médical est conservé pendant une durée de **vingt ans** à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. Lorsqu'en application des dispositions qui précèdent, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date.
  - Conservation après un **décès : dix ans**
- 

**Dossier patient - Litiges**

---

- En cas de difficultés :
    - Saisir le directeur de l'hôpital
    - S'adresser au médecin médiateur
    - Recours devant la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA – 66 rue de Bellechasse, 75007 Paris)
    - Saisie du juge administratif (post CADA)
-

## Secret médical, secret professionnel

---

- « ... Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime... »
  - Serment d'Hippocrate
- 

## Secret médical

---

- Le secret médical renvoie au principe du respect de la personne et de sa vie privée. Il est à la base de la relation de confiance entre le patient et le médecin.
  - L'article L.1110-4 du Code de la santé publique, inséré par la loi du 4 mars 2002 : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations, concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ».
-

## Partage d'information

---

- Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe (L1110-4)
- 

## Maison et centre de santé

---

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

- du recueil de son consentement exprès par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes
- de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L. 6323-3

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé

---

## Cadre déontologique

---

Code de déontologie médicale

Art. 4 al 1 : "Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi"

Art. 72 al 1 : "Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment."

Art. 73 al 1 : "Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents."

---

## Secret Professionnel

---

- Le code pénal, art. 226-13 : "La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par son état ou sa profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15.000 € d'amende."
-

## Information des proches du patient

---

- « En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations. » (L1110-4)
- 

## Secret médical et gestionnaire de cas

---

- « **Mon patient s'apprête à intégrer une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia). Puis-je communiquer des informations médicales à son gestionnaire de cas ?** »

- Numéro spécial secret médical Ordre des Médecins  
Nov.-déc. 2012

---



Le gestionnaire de cas est un professionnel du secteur social. Il est certes tenu au secret professionnel, mais l'article L.1110-4 du code de santé publique stipule que seuls des professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un patient.

---

Par ailleurs, le réseau Maia n'est pas un « réseau de santé » car il ne se limite pas à la prise en charge sanitaire de la personne, mais gère également sa situation sociale et financière.

Il n'existe pas de dérogation légale permettant un secret médical partagé au sein des Maia, alors que des échanges professionnels sont évoqués dans le

cadre du réseau pluridisciplinaire des maisons départementales des personnes handicapées (art. L.241-10 du code de l'action sociale et des familles).

Le Cnom considère que la multiplicité des acteurs intervenant au sein des Maia (médecins, infirmiers, acteurs de réseaux gérontologiques, conseil général, etc.), ainsi que l'essor de ces structures médico-sociales nécessitent un outil législatif adapté. C'est-à-dire une loi permettant d'autoriser le partage d'informations dès lors qu'il est justifié par les missions des intervenants. Et pour davantage de clarté, pourquoi ne pas créer un répertoire des acteurs sanitaires et sociaux habilités à partager le secret médical, ou une liste des informations susceptibles d'être échangées ?

---

**Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite « loi Léonetti »  
(inséré dans le CSP)**

---

**□ L'intention de la loi :**

- Pas d'acharnement thérapeutique – obstination déraisonnable – pour garantir la dignité du malade, en prenant soin de soulager sa douleur même si cela peut accélérer la mort du patient (théorie du double effet)
  - La patient choisit la façon dont il envisage la fin de sa vie en le formalisant dans des directives anticipées
  - Rappel de l'interdiction de provoquer intentionnellement la mort
-

**Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 (L. 1111-11)**

**Expression de la volonté des malades en fin de vie**

- Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.** Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement.
- Elles sont révocables à tout moment.  
Le médecin en tient compte si elles sont rédigées moins de 3 ans avant l'état d'inconscience de la personne

**Décret n° 2006-119 du 6 février 2006**

**Les directives anticipées** (R1111-17)

- Les directives anticipées s'entendent d'un **document écrit, daté et signé par leur auteur** dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.  
Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.  
Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

### Conservation des directives anticipées (R1111-19)

- **Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles** pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale
- **A cette fin, elles sont conservées dans le dossier de la personne** constitué par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par elle, ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical
- **Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche.** Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical  
Toute personne admise dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social peut **signaler l'existence de directives anticipées** ; cette mention ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont portées dans le dossier médical.

### **Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 – L. 1111-12**

#### Expression de la volonté des malades en fin de vie

#### La personne de confiance

- Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné **une personne de confiance** l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, **prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées**, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

## La perception du patient (1)

---



### □ Les attentes du patient

- L'extra-ordinaire : du « cure » prendre en charge, guérir au « care » prendre soin, se soucier : mobilisation de qualités ou de dispositions affectives (sollicitude)
  - La réalité quotidienne : la médecine est aussi une interaction sociale qui répond aux codes sociaux élémentaires
  - Le pouvoir de soigner, la compétence technique
  - Le soin construit une histoire du soin qui construit des attentes (la maladie chronique), la non réponse est considérée comme un abandon
- 

## La perception du patient (2)

---

- Projet de soin et autonomie du patient : expression propre et relais par les proches
  - Le soin : l'humanité des soignants, des médecins
  - Hétérogénéité fondamentales des points de vue, des logiques et des postures
-

## L'enseignement des plaintes (1)

---



- Qu'est-ce qu'une plainte :
    - un cri... il est très difficile de se plaindre, les usagers se plaignent rarement
    - Un témoignage
      - Discours, récit, histoire...
      - Quelle vérité d'un fait et quelle fiabilité de l'auteur (*il était très « spécial »...*) : être cru, apporter du crédit aux faits et à la personne, appui sur une mémoire sélective, parole disqualifiée (*angoissé, incompetent...*)
      - Récit : mise en intrigue, reconfiguration d'une situation (P. Ricoeur)
- 

## L'enseignement des plaintes (2)

---

- Opportunité pour dire autre chose de plus fondamental ou sur des valeurs (humanité...)
  - Dire quelque chose de l'autre : son histoire
  - Dire quelque chose de soi : le texte dit le qui de l'action, raconte l'auteur : imputation de la responsabilité des faits et de l'action
  - Différence entre écriture et récit : l'écriture s'affranchit de la condition dialogale et donc conflictuelle du discours : pourquoi écrire, pourquoi dire ?
    - « Le texte est la médiation par lequel nous nous comprenons nous-même »
-

## L'enseignement des plaintes (3)



- Eviter l'oubli, faire œuvre de mémoire :
- Devoir de justice pour un autre ou pour soi (dette envers un malade DCD)
- Pardon possible si le coupable présumé reconnaît ce qu'il a fait
- Séparer le coupable de son acte : « Tu vaud mieux que tes actes »
- La réparation
  - La première réparation est l'excuse
  - Le droit pour appuyer une demande
  - Le droit pour réparer une injustice ou un préjudice

## Les enjeux de la gestion des plaintes



- La médiation : gérer la relation avec le patient et ses proches, les informer
- La prévention : analyser ce qui s'est passé pour en tirer des enseignements
- La réparation : l'excuse, l'indemnisation, l'amélioration
- La qualité : la plainte est un indicateur de la qualité > une analyse systémique pour prendre des mesures d'amélioration et les évaluer

## Droit de se plaindre

---

### Du mécontentement à la plainte

- **MECONTENT** : Signaler, alerter, demander des explications et quelles seront les mesures d'amélioration apportées au problème
    - S'adresser à la personne, au responsable du service
    - Ecrire à la personne concernée et/ou au directeur
    - Demander une rencontre avec le médiateur
    - Saisir la CRUQPC (conciliation)
    - Ecrire à l'ARH, au Ministère de la Santé, au Conseil de l'Ordre
    - Conciliation > CCI (Art. L 1114-4)
- 

## Droit de se plaindre

---

### POUR UN PREJUDICE

- La réparation est une indemnisation
  - Seule l'action pénale condamne la personne
    - Conditions :
      - avoir subi un dommage (certificat médical et/ou expertise et établir rapport préjudice-faute)
      - Faute à l'origine du dommage (responsabilité pour faute)
      - absence de faute : responsabilité sans faute (affection iatrogène, aléa thérapeutique, IN)
-

## Droit de se plaindre

---

- Action en justice : 2 systèmes différents**
  - Privé : Tribunal d'instance ou de grande instance
  - Public : Tribunal administratif
  - Action pénale (délit ou crime)
- La réparation**
  - Dans un délai de 10 ans à partir de la consolidation du dommage
  - Demander copie du dossier médical
  - Demande amiable :
    - demande de réparation à l'amiable directe au personnel de santé ou à l'ES
    - Demande de réparation à l'amiable indirecte auprès de la CCI
  - Demande contentieuse
    - Public : saisir le tribunal administratif (avocat nécessaire)
    - Privé : tribunal d'instance ou de grande instance
    - Pénal : plainte au commissariat, à la gendarmerie, auprès du procureur de la république

## CRCI – La procédure

---

- Dossier à remplir avec le dossier médical.
- Recevabilité du dossier si accident après le 5/09/2001
  - Seuil de gravité : IPP > 24% et ITT > à 6 mois consécutifs ou non consécutifs sur 1 an (ou répercussions sur l'exercice professionnel ou les conditions d'existence)
- Si recevable > expertise contradictoire en présence des parties et avis sous 6 mois à 1 an ou plus suivant les régions
- Si faute d'une personne ou d'un ES : demande que l'assureur fasse une proposition d'indemnisation. Si accord victime règlement sous 1 mois
- Si contestation responsabilité : intenté action contre ONIAM
- Si refus de l'offre par victime peut saisir le juge
- Si aléa thérapeutique : offre de l'ONIAM sous 4 mois
- Si faute et aléa > péréquation entre assureur et ONIAM



## DROIT DE SE PLAINDRE

---

- Responsabilité du cadre : l'éthique et le droit
    - Ethique de la responsabilité : « respondere »
    - Ce qui nous engage vis-à-vis de nous-même et d'autrui
    - Assumer les conséquences de ses actes, son œuvre malgré ce qui n'a pas été prévu, malgré soi
    - La portée de nos actes excède celle de nos projets
    - Imputabilité : être capable de parcourir le cours entier des déterminations éthico-morales de l'action en s'en portant l'auteur (Ricoeur)
- 

## DROIT DE SE PLAINDRE

---

- Responsabilité : principe juridique selon lequel chacun répond des conséquences de ses actes ou de ses abstentions
  - 4 différents types de responsabilité :
    - Administrative et civile à visée indemnitaire pour obtenir réparation du préjudice subi
    - Pénale et disciplinaire pour sanctionner l'auteur d'une infraction ou d'un manquement aux obligations déontologiques
-

## DROIT DE SE PLAINDRE

---

- Principes communs à tous les régimes de responsabilité :
  - Il faut réunir 3 éléments cumulatifs :
    - Une faute : attitude d'une personne par une action volontaire ou involontaire ou omission porte atteinte au droit d'autrui
    - Un dommage : préjudice matériel, physique ou moral subies par une personne par le fait d'un tiers
    - Un lien de causalité : lien de cause à effet entre la faute et le préjudice
- 

## DROIT DE SE PLAINDRE

---

- La responsabilité civile
    - Elle concerne les actes de la vie quotidienne.
    - C'est l'obligation de réparer le préjudice qui résulte de l'inexécution d'un contrat ou de la violation du devoir général de ne causer aucun dommage à autrui (ex : faute privée, détachable du service)
    - La responsabilité civile est tranchée par les juridictions judiciaires
-

## DROIT DE SE PLAINDRE

---

- La responsabilité pénale
  - C'est une responsabilité personnelle qui est constatée en cas d'infraction et si 3 éléments sont engagés :
    - Un élément légal : existence d'un texte d'incrimination (infraction prévue et sanctionnée par un texte)
    - Un élément matériel : existence d'un fait
    - Un élément moral : l'intention de commettre l'acte
    - Les raisons les plus fréquentes sont :
      - Une infraction non intentionnelle : homicide ou blessure involontaire)
      - Une infraction de mise en danger de la vie d'autrui
      - Une infraction de non assistance à personne en danger
      - Une infraction au secret médical
    - Lorsqu'un agent du SPH voit sa responsabilité pénale engagé, l'administration peut l'assister dans les formalités et les frais d'avocat (loi du 13 juillet 1983)
- 

## DROIT DE SE PLAINDRE

---

- Responsabilité professionnelle du cadre :
    - Se réfère à des valeurs et à des règles formalisées
    - Les règles : « L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité. » (décret du 16 février 1993)
  - La responsabilité personnelle du cadre n'intervient qu'en cas de responsabilité pénale
  - La responsabilité pénale peut être recherchée lorsque :
    - La faute du cadre est à l'origine directe d'un dommage
    - Lorsqu'un agent de son service a commis une faute
-

## Affaire Trousseau

---

- Le Tribunal de grande instance de Paris (TGI) a condamné l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et huit agents de l'hôpital Trousseau après le décès en 1999 d'un enfant de vingt mois, les peines prononcées comprenant des peines de trois à six mois de prison avec sursis et des amendes allant de 1.000 à 10.000 euros.
  - Admis aux urgences, puis hospitalisé dans le service de pneumologie de l'hôpital suite à une gastro-entérite aiguë, l'enfant était mort après une déshydratation et une perte de poids massive, sans avoir été vu par un médecin durant 48 heures.
- 

## Affaire Trousseau

---

- Poursuivie pour "homicide involontaire" et "mise en danger de la vie d'autrui", la directrice de l'établissement Monique Ricomes, n'a été reconnue coupable que du second chef d'accusation et condamnée à cinq mois de prison avec sursis et 2.000 euros d'amende.
- Le chef du service de pneumologie, le Pr Guy Tournier, reconnu coupable d'homicide involontaire, a été condamné à six mois de prison avec sursis et 3.000 euros d'amende.  
Isabelle Péron, infirmière, poursuivie pour homicide involontaire, a été condamnée à quatre mois de prison avec sursis et 1.000 euros d'amende.  
Guislain Poignet, cadre infirmière, poursuivie pour homicide involontaire, mise en danger de la vie d'autrui et complicité d'exercice illégal de profession d'infirmière, a été condamnée à quatre mois de prison avec sursis et 1.000 euros d'amende.
- Danièle Grondein résidente (étudiante) en médecine, poursuivie pour homicide involontaire et mise en danger de la vie d'autrui, a été condamnée à six mois de prison avec sursis et 2.000 euros d'amende.  
Martine Jouan, infirmière de nuit, poursuivie pour homicide involontaire, mise en danger de la vie d'autrui et complicité d'exercice illégal de la profession d'infirmière, a été condamnée à quatre mois de prison avec sursis et 1.000 euros d'amende.  
Martine Müller, directrice des soins, poursuivie pour homicide involontaire, a été condamnée à quatre mois de prison avec sursis et 2.000 euros d'amende.  
Evelyne Lambert, aide-soignante, poursuivie pour homicide involontaire, mise en danger de la vie d'autrui et exercice illégal de la profession d'infirmière, a été condamnée à trois mois de prison avec sursis et 1.000 euros d'amende.